

# TERMO DE CONSENTIMENTO

## LASER ZYE



### Orientações prévias:

- **leia** atentamente todo o conteúdo deste documento;
- **informe** todas as suas dúvidas ao médico;
- **assine** o termo somente após ter todas as dúvidas sanadas.

PROFISSIONAL	REGISTRO
NOME PACIENTE	
IDADE PACIENTE	DATA PROCEDIMENTO
QUEIXAS DECLARADAS PELO PACIENTE	
OBSERVAÇÕES	

O Laser Zye é uma plataforma tecnológica que combina diferentes comprimentos de onda e age em diferentes camadas da pele. O procedimento me foi detalhadamente explicado pela equipe médica, por isso, entendi que:

O procedimento estimula a produção de colágeno melhorando a textura e a firmeza da pele. Também pode agir no clareamento de manchas e uniformização do tom e textura da pele.

### 1. FOI-ME EXPLICADO QUE:

1.1



cada organismo reage de forma específica e, por isso, não é possível prever e/ou garantir o resultado. A melhora proporcionada pelo procedimento ocorrerá somente após um número mínimo de sessões, a depender do organismo de cada paciente;

1.2



o resultado do procedimento depende das características de cada indivíduo e do número de sessões realizadas pelo paciente, que será determinado pelo médico ao longo do tratamento;

1.3



após o procedimento é possível evoluir com sensibilidade na região de aplicação, vermelhidão, descamação da pele e inchaço. Em alguns casos é possível queimaduras, infecções cicatrizes e alterações na pigmentação da pele.

acordo do paciente

## 2. PARA QUE O PROCEDIMENTO TENHA SEUS EFEITOS OTIMIZADOS, ME FOI EXPLICADO QUE DEVO:

- 2.1 não bronzear a pele por, pelo menos, quatro semanas antes do procedimento;
- 2.2 evitar exposição solar nos primeiros 10 (dez) dias após o procedimento;
- 2.3 evitar atividade física de alta intensidade, conforme orientação médica;
- 2.4 evitar o consumo de bebida alcoólica e cigarros;
- 2.5 suspender o uso de isotretinoína com, no mínimo, 2 (dois) meses de antecedência;
- 2.6 evitar o uso de ácido acetilsalicílico ("Aspirina", "AAS") antes do tratamento a fim de evitar o risco de púrpura;
- 2.7 não aplicar perfume sobre a área em que o procedimento foi realizado;
- 2.8 fazer uso obrigatório de filtro solar com reaplicação a cada 3h, mesmo não expondo-se ao sol;
- 2.9 entrar em contato com a equipe médica em caso de dor, desconforto, bolha, secreção na pele e mucosas, ou alguma outra dúvida;

acordo do paciente

## 3. FOI-ME EXPLICADO QUE O CORPO HUMANO PODE TER VARIAÇÕES INDIVIDUAIS, POR ISSO, ENTENDI QUE:

- 3.1 >>> existem riscos e complicações associados a todos os procedimentos de tratamento a laser da pele. O tratamento poderá desencadear, precoce e/ou tardiamente: hiperpigmentação, alteração na coloração da pele devido ao aumento ou diminuição da melanina, prurido (coceira), queimaduras, eritema (vermelhidão), edema local, púrpura
- 3.2 >>> tatuagens, pintas e manchas na pele podem sofrer alterações com o tratamento, não estando ao alcance médico evitar tais alterações;
- 3.3 >>> em situações extremas, pacientes com tolerância reduzida poderão desenvolver reações alérgicas;
- 3.4 >>> existe a possibilidade de reativação do herpes simples, em caso de predisposição;

acordo do paciente

#### 4. ENTENDO E CONCORDO QUE:

- 4.1. a equipe médica não pode garantir resultado específico, pois cada organismo se comporta de maneira diferente quando submetido a tais procedimentos. Mas se comprometem a utilizar os meios técnicos e científicos disponíveis, para alcançar o resultado mais próximo possível do esperado;
- 4.2. o tabagismo, o uso de drogas e/ou álcool, ainda que não impeçam a realização do procedimento, podem comprometer o resultado do tratamento médico. Entendi que a interrupção do uso do tabaco, de drogas e/ou álcool não cessam os malefícios do uso prévio, apenas reduzem a probabilidade de interferir nos resultados;
- 4.3. ficam sob minha responsabilidade qualquer despesa hospitalar e médica gerada em virtude de internação ou intervenções por intercorrência médica.

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente

#### 5. DECLARO AINDA:

- 5.1. não estar em período gestacional, tampouco haver qualquer desconfiância de gravidez. Foi-me alertado que não é indicado a realização do procedimento durante a gravidez;
- 5.2. que informei ao médico assistente, todos os medicamentos que uso ou usei recentemente, bem como aos quais tenho alergia, inclusive, tipos de anestésicos.
- 5.3. não utilizar prótese metálica na região tratada;
- 5.4. não estar realizando radioterapia ou quimioterapia;
- 5.5. não ter sintomas ou diagnóstico de doença autoimune como lúpus;
- 5.6. não possuir hipertensão arterial descompensada;

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente



## SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS:

Eu autorizo que a equipe médica utilize os meus registros (vídeos, som e imagem) para executar os procedimentos propostos, para fins de complementação documental do meu prontuário, para discussão do caso clínico com outros colegas médicos;

para fins de pesquisa acadêmica, publicações em redes sociais, publicações acadêmicas, cursos, palestras e congressos médicos.

**Durante a consulta e atendimento pela recepção houve a coleta de dados pessoais (CPF, Nome, Telefone, E-mail, Endereço e Informações sobre saúde e hábitos) para questões fiscais e a condução médica adequada. Os dados serão armazenados e preservados por período indeterminado e compartilhados com terceiros, somente quando indispensável para a continuidade ou adequação do tratamento.**

Os pacientes, a qualquer momento, poderão: (i) ter acesso às informações cadastradas, (ii) solicitar a atualização ou correção dos seus dados; (iii) solicitar a eliminação de dados que não impactem o histórico de atendimento médico bem como, a total ou parcial, revogação deste consentimento, **mediante termo de solicitação**, nos termos da Lei.

\_\_\_\_\_   
acordo do paciente

**Declaro que li a integralidade do conteúdo deste termo**, concomitante à explicação verbal da equipe médica e que tive a oportunidade de sanar toda e qualquer dúvida relativa ao procedimento ao qual, voluntariamente, irei me submeter. Assim, dou o meu consentimento à equipe médica para realizar os procedimentos necessários me comprometendo a seguir todas as orientações médicas.

**Importante:** em caso de dúvidas, esclarecimentos, desconfortos, ou efeitos não esperados recomenda-se o contato imediato com a equipe médica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Dr.(a):